

EPISTAXIS

Plan



I. INTRODUCTION
II. Rappel anatomique
III. Etude clinique: TDD
IV. Formes cliniques
V. Diagnostic positif
VI. Diagnostic *différentiel*
VII. Evolution-Pronostic
VIII. Traitement
IX. CONCLUSION

I – INTRODUCTION

- **L' épistaxis ou saignement du nez, est une urgence fréquente en ORL,** ***elle représente 1O% des motifs de consultation. Elle affecte le plus souvent la population âgée surtout de sexe masculin.***
- **Elle s**e définit comme étant un saignement d'origine endonasal et/ ou sinusien et/ou cavum qui s'extériorise soit :

  - Narines : épistaxis antérieure
  - Rhinopharynx : épistaxis postérieure

- L' épistaxis est le plus souvent bénigne, mais dans certains cas elle peut engager le pronostic vital soit par son abondance ou sa répétition.
- De nombreuses étiologies locales et générales ont été décrites , mais la tache vasculaire reste la cause la plus fréquente .

II - Rappel anatomique : vascularisation des fosses nasales

- Système carotidien externe:
  - Artère maxillaire
  - Artère faciale
- Système carotidien interne:
  - Artère ethmoïdale postérieure
  - Artère ethmoïdale antérieure

Système carotidien externe

Artère maxillaire



Fente ptérygomaxillaire



Fosse ptérygomaxillaire



Artère ptérygopalatine (cavum + choanes)

Artère palatine ascendante



Foramen sphénopalatin



Artère sphénopalatine



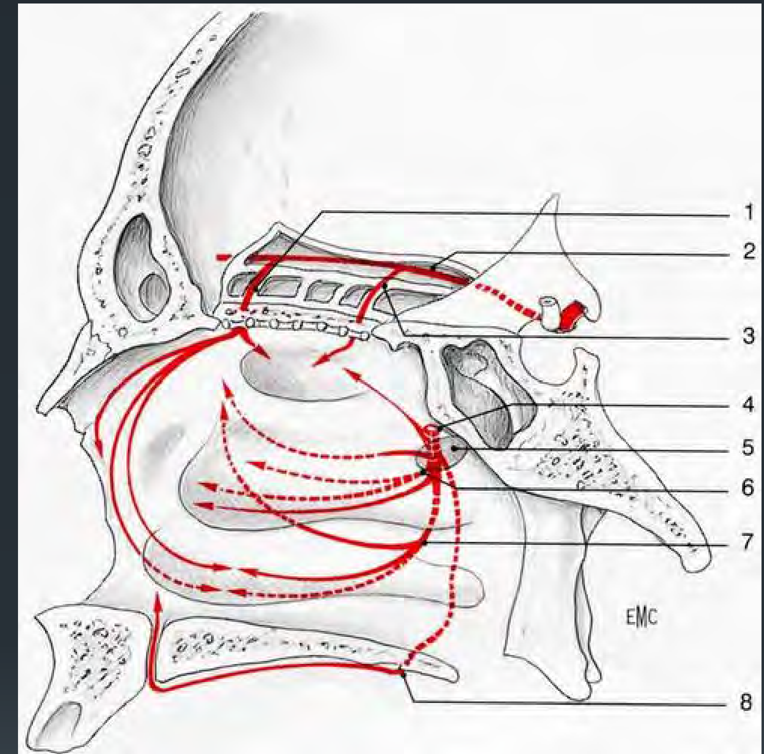
Branche médiale



Cornet supérieur

branche latérale

méat moyen + région turbinale



Système carotidien interne

Artère ethmoïdale antérieure



Passage par le foramen ethmoïdal antérieur (15 mm du rebord orbitaire)



Trou ethmoïdal



Cavité nasale



Partie antéro-supérieure

Artère ethmoïdale postérieure



Passage par le foramen ethmoïdal postérieur

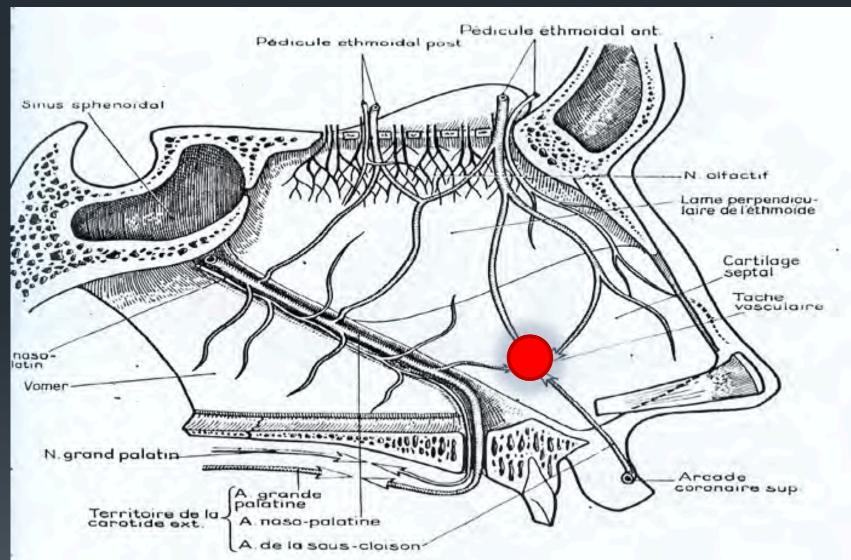


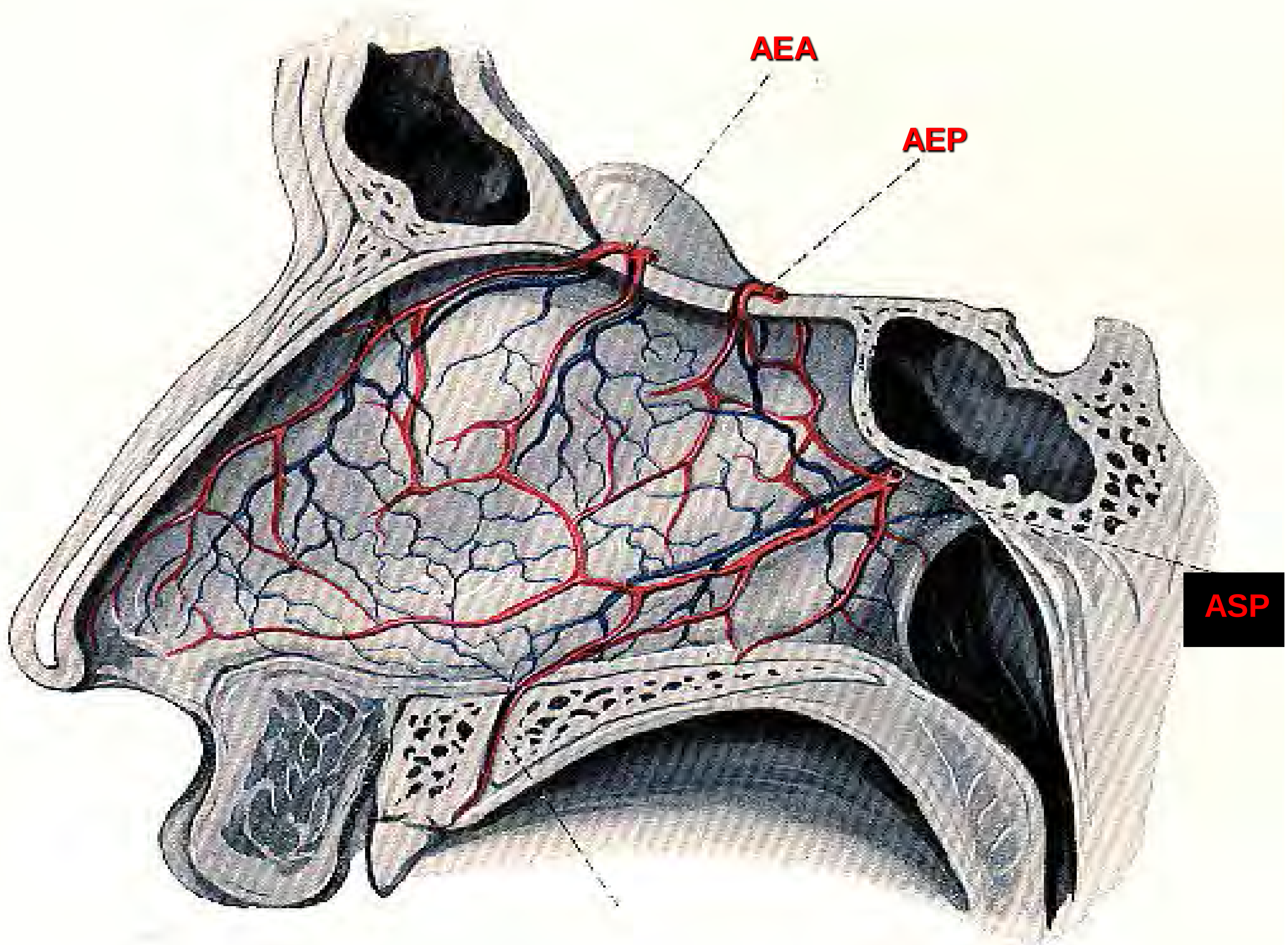
Donne un contingent nasal



- Cellules ethmoïdales postérieures
- Région olfactive

Les deux systèmes carotidiens externe et interne s'anastomosent au niveau de la partie antéro-inférieure de la cloison pour former la tache vasculaire ou zone de Kisselbach




AEA
AEP
ASP



III – Etude clinique

TDD: épistaxis bénigne chez le sujet hypertendu



Interrogatoire

- Episode actuel : mode de début, durée, facteur déclenchant, quantité de sang perdue(nombre de mouchoirs utilisés) et le traitement déjà reçu.

- Signes fonctionnels associés : obstruction nasale, céphalées, rhinorrhée

- Terrain : âge du patient, notion d'épisode antérieur identique, antécédents personnels et familiaux de maladie hémorragique, d'hémopathies, notion de prise médicamenteuse de type anti vit-k et de traumatisme cranio-facial récent.



Examen clinique

- Examen ORL :parfois difficile(saignement abondant, patient agité….)

  - une bonne source lumineuse et après mouchage et évacuation des caillots voir rétraction de la muqueuse par la naphtazoline.

  - Rhinoscopie antérieure au spéculum , au nasofibroscope et aux optiques rigides : visualise le vaisseaux (l'origine du saignement).

  - Examen de l'oropharynx: écoulement post ou caillots dépassant le voile.

- Examen général : apprécier le retentissement et rechercher des signes de choc :état de conscience, pâleur, sueur, agitation, tachycardie, hypotension



Examens complémentaires

- NFS, crase sanguine(TP, TCK), Taux de plaquettes,
- angiographie.



IV – Formes cliniques

- **CAUSES LOCALES**

Traumatiques:

-Traumatismes de la sphère maxillo-faciale (les os propres du nez)

-Iatrogènes: chirurgie rhino-sinusienne, intubation nasale, fibroscopie.

-Rupture traumatique ou spontanée de la carotide interne.

-

Tumorales:

L’ épistaxis est généralement unilatérale, associée à d’autres signes rhinologiques tels que l’obstruction nasale ,l’atteinte des paires crâniennes ou otite séromuqueuse

Tumeurs bénignes

- **Fibrome nasopharyngien** :

  adolescent de sexe masculin

  l‘ angiofibrome se caractérise par sa très riche vascularisation.

  Le diagnostic est endoscopique : formation arrondie, régulière parfois polylobée, sphénochoanale, obstruant la cavité nasale au niveau de la choane

  TDM : masse à développement endonasal élargissant le foramen sphénopalatin et se rehaussant lors de l'injection de produit de contraste.
- **Polype saignant de la cloison**
- **Angiome des fosses nasales**
- **Angiome de l’ethmoïde**

Tumeurs malignes

- Le carcinome indifférencié du cavum (UCNT).
- Les cancers des sinus ou des fosses nasales: Adénocarcinome de l'ethmoide, carcinome du maxillaire



Causes infectieuses et inflammatoires

L'hyperhémie diffuse de la muqueuse, induite par les états infectieux et inflammatoires des cavités nasales et sinusiennes est fréquemment responsable d'épistaxis de faible abondance.

Autres

- rhinosinusites chroniques
- Rhinites atrophiques
- Corps étrangers
- Post ethmoidectomie et chute d'esacrres post adénoïdectomie

▪ CAUSES GENERALES

Hypertension artérielle:

triade de Dieulafoy(céphalées, bourdonnements, épistaxis), l'épistaxis révèle volontiers l'HTA du sujet jeune et complique celle du sujet âgé.

Capillarites:

Comme dans les affections suivantes : purpura rhumatoïde, maladies immuno-allergiques (typhoïde, scarlatine, purpura fulminans...), diabète, scorbut...



Troubles de l’hémostase:

- Traitements anticoagulants, antiagrégants plaquettaires, AINS
- Déficit en facteurs de la coagulation (hémophilie)
- Insuffisance hépatocellulaire
- Hémopathies
- Purpura thrombopénique, immuno-allergique, toxique, médicamenteux et thrombopathique

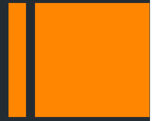


Maladie de Rendu-Osler

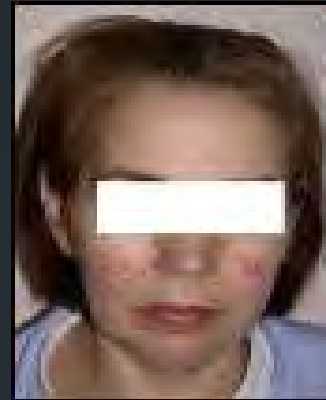
- C'est une maladie râre (1 à 2 cas pour 100 000 habitants), héréditaire autosomique dominante, caractérisée par une anomalie de la structure du capillaire. L'absence de couche musculaire et élastique est à l'origine de la formation d'‘éctasies vasculaires, de communications artérioveineuses.

Diagnostic clinique: présence de multiples télangiéctasies atteignant principalement la muqueuse des cavités nasales (septum, plancher, cornets inférieur et moyen), aussi la muqueuse de la cavité buccale, les téguments de la face.

Les localisations viscérales (muqueuse gastrique, colique, rectale, hépatosplénique, pulmonaires) sont beaucoup plus râres.







Maladie de RENDU OSLER



EPISTAXIS ESSENTIELLE

- Diagnostic d’exclusion
- Fréquence dans l’enfance
- Après exposition au soleil, grattage, éternuement voir spontanément
- En rapport avec une fragilité vasculaire.



V-Diagnostic positif

- Généralement aisé devant un écoulement de sang antérieur unilatéral ou bilatéral récidivant de petite abondance survenant chez un sujet âgé hypertendu(pic tensionel).
- Rhinoscopie antérieure et Nasofibroscopie (tube rigide et souple)

VI - Diagnostic différentiel

- hémorragie digestive haute surtout en cas de saignement dégluti secondairement extériorisé sous forme d'hématémèse ou de melaena
- Hémoptysie



EVOLUTION PRONOSTIC

- Le plus souvent l'épistaxis est bénigne, parfois elle peut être grave, soit par sa répétition ou son abondance.
- Critères de gravité majeurs:
  - -perte sanguine au-delà de 1 litre
  - -taux d'Hb inférieur à 7 g/dl
  - -Ht inférieure à 35%
  - -échec de l'hémostase par tamponnement

VII – traitement

But:

-arrêter le saignement.

-traiter l’état de choc.

-traitement étiologique : corriger les troubles de l’hémostase, équilibrer l’hypertension artérielle….



Mesures générales

1. Calmer et rassurer le patient
2. Repos et Position demi assise
3. Voie d'abord
4. Apprécier la gravité : volume de la perte sanguine et retentissement

Gestes d'hemostase

ils doivent être réalisés de manière graduée

1. Compression bi-digitale ou tamponnement vestibulaire (tache vasculaire), elle comprend :

   - Nettoyage des fosses nasales : mouchage + aspiration

   - La compression bi-digitale doit être réalisée par le patient en comprimant entre pouce et index l'aile narinaire durant une dizaine de minutes



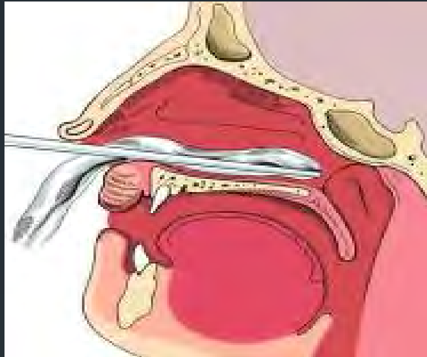
L'hémorragie cède le plus souvent



- **2) TAMPONNEMENT ANTERIEUR** :

Matériel résorbable et non résorbable (tulle gras, mérocel, spéculum nasal+pince de politzer)

Laisser 48h , antibiothérapie prophylactique systématique





- **3) CAUTERISATION CHIMIQUE** :

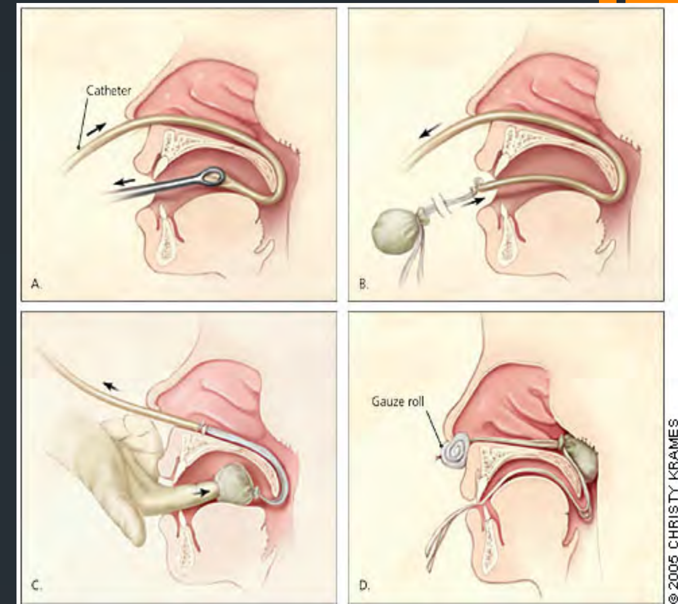
Boule de nitrate d'argent appliquée directement sur le point de saignement

- **4) CAUTERISATION ELECTRIQUE**
- **5) IRRIGATION A L'EAU CHAUDE** :

Irrigation de la fosses nasale a l'aide d'un cathéter par une eau chaude a 51° (œdème de la muqueuse, vasodilatation des vaisseaux donc baisse du flux sanguin et nettoyage des caillots)

- **6) TAMPONNEMENT POSTERIEUR** :

Echec du tamponnement antérieur et/ou épistaxis haute ou postérieure



- **7) Sondes à double BALLONNETS** :

comprime la région antérieure et postérieure,

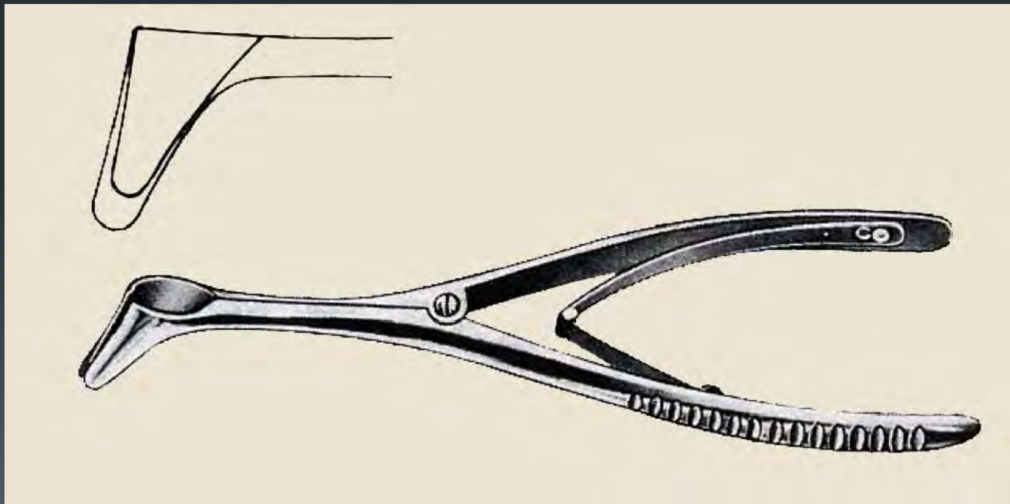
A dégonfler toutes les 6 heures pour éviter l'ischémie de la muqueuse.



La chirurgie d'hémostase et l'embolisation









EMBOLISATION

- Cathétérisme de l'artère fémorale
- Occlusion des artères maxillaires interne et faciale à l'aide de micro particules calibrées

CHIRURGIE D'HEMOSTASE

- Ligature de la carotide externe
- Ligature transantrale de la maxillaire interne
- Ligature endoscopique de l'artère sphénopalatine
- Ligatures des artères ethmoïdales

Indications

EPISTAXIS BENIGNE :

- Tamponnement vestibulaire
- Tamponnement antérieur
- Cautérisation

EPISTAXIS GRÂVE :

- Tamponnement antérieur

↓ Récidives a deux ou trois reprises

- Ligature artérielle
- Embolisation

MALADIE DE RENDU OSLER :

- Cautérisation
- Injections intra muqueuses : colle de fibrine ou ethibloc (produits sclérosants)
- Embolisation sélective
- Dermoplastie nasale

Fibrome naso-pharyngien: embolisation + résection chirurgicale

VIII - Conclusion

L'épistaxis est une urgence fréquente en ORL.

Son traitement fait appel à une véritable escalade thérapeutique allant de la simple compression bidigitale aux ligatures artérielles.

La conduite à tenir devant toute épistaxis se fait toujours selon les mêmes principes :

- *appréciation du retentissement ;*
- *réalisation de l'hémostase ;*
- *enquête étiologique.*

Cette dernière doit toujours être réalisée à distance du saignement, et le diagnostic d'épistaxis essentielle doit rester un diagnostic d'éxclusion.



références

- Épistaxis, emc 2008-2011



- Merci pour votre attention